

# 記入例

## 申請者と被接種者が異なる場合

※記入に当たって、以下の欄を関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	ナゴヤ ハナコ	接種を受けた者との続柄	母
	氏名	名古屋 花子		
	現住所	〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号		
	電話番号	090-△△△-0000		

※申請できるのは接種を受けた本人、又はその保護者に限ります。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	ナゴヤ モモコ	生年月日	平成16年8月10日	
	氏名		名古屋 桃子 (旧姓)			
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 -			
	令和4年4月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒 - 名古屋市区			
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 組換え沈降2価HPVワクチン（サーバリックス）				
		<input checked="" type="checkbox"/> 組換え沈降4価HPVワクチン（ガーダシル）				
	予防接種を受けた年月日 (申請分のみ記載)	1回目	平成・令和	3年	4月	1日
		2回目	平成・令和	3年	8月	1日
		3回目	平成・令和	年	月	日
	申請金額 (申請分のみ記載) 1回あたりの上限額 16,313円を超える 場合は上限額を記載	1回目	16,000円			合計  32,000円
2回目		16,000円				
3回目		円				
接種医療機関	名称	〇〇〇〇病院				
	住所	名古屋市中区〇〇町1-2-				
	TEL	△△△-〇〇〇〇-□□□□				
※複数の医療機関で接種した場合、下記に名称・住所・TEL						
キャッチアップ接種(※1)の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (回数 <u>1</u> 回 ・ 自治体名 <u>名古屋市</u> )					

申請金額には、接種費用（例 16,000円）と上限額のうち金額の低い方を記入してください

※1 キャッチアップ接種とは、積極的勧奨の差控えにより、子宮頸がん定期予防接種を受けることができなかった方が、令和4年4月から3年間限定で対象年齢を超えて無料で接種ができる制度

私が受領する任意予防接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	〇〇〇〇 <b>銀行</b> 信用金庫 △△△△ 本店支店支所 農協								
	金融機関コード	1	2	3	4	支店番号	5	6	7	
	預金種別	<b>普通</b> ・ 当座								
	口座番号	1234567								
	フリガナ	ナゴヤ モモコ								
口座名義人	名古屋 桃子									

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
令和 4年 9月 12日	申請者氏名 <b>名古屋 花子</b>

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、名古屋市が参照及び調査を行うことに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
この申請書を、名古屋市において支給決定をした後は請求書として取扱うことに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分のヒトパピローマウイルス感染症に係る任意予防接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことはありません。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申請内容に偽りが無いことを証します。偽りがあった場合、支給済みの費用を返還することに同意します。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

上記の事項に誓約・同意されない場合は不支給となります。

【提出書類】 ※提出する書類の項目に☑を入れてください。

- 被接種者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請者と被接種者が異なる場合は双方のもの）※申請時住所記載のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等  
※マイナンバーカードの場合は氏名等の記載のある表面のみ（マイナンバーの記載のある面（裏面）は添付しないでください）
- 振込希望先金融機関の通帳やキャッシュカード等のコピー（口座番号等確認用）
- 接種記録が確認できる書類（いずれか）
  - 母子健康手帳の写し  
（1ページ目（出生届出済証明の記載がある箇所）と接種記録があるページ）
  - 証明書（様式第2号）
- 接種費用の支払いを証明する書類
  - 領収書及び明細書（原本）
 ※紛失等で接種費用の支払いを証明する書類を提出できない場合でも申請できます。  
ただし、この場合の償還額は名古屋市が定める金額となります。

(裏)